

診療情報提供書（依頼票）【大久保病院提出用】

※ 患者様ご予約をお取りになることも可能です。予約日時以外の記入欄は紹介元医療機関で必ずご記入ください。

<u>患者様氏名</u> 明・大・昭・平 年 月 日生 男・女	<u>貴医療機関名・御担当医氏名</u> 所在地 医療機関名 担当医氏名
--	---

<u>検査部位</u> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<u>MRI 特殊指示</u> (<input type="checkbox"/> 肩(造影は夜間のみ) <input type="checkbox"/> MRCP)
--	--

<u>検査区分</u> <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<u>造影</u> <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<u>予約日及び時間</u> * 患者様ご自身が予約される場合は、紹介元の先生の記入は不要 平成 年 月 日 時 分
---	---	---

<u>疾患名</u>

<u>経過・病歴</u>

* MRI（問診票）

・心臓ペースメーカー	検査不可
・妊娠の可能性	無・有
・人工骨頭など体内金属	無・有
・磁気入れ歯	無・有
・薬物アレルギー	無・有
・喘息の既往	無・有

* CT（問診票）

・妊娠している方	検査不可
・ヨードアレルギー	無・有
・薬物アレルギー	無・有
・喘息の既往	無・有
・腎機能障害	無・有

ご予約・お問い合わせ先 大久保病院診療放射線科

直通電話番号 03(5273)7767

診療情報提供書（依頼票）【紹介元医療機関控】

※ 患者様ご予約をお取りになることも可能です。予約日時以外の記入欄は紹介元医療機関で必ずご記入ください。

<u>患者様氏名</u> 明・大・昭・平 年 月 日生 男・女	<u>貴医療機関名・御担当医氏名</u> 所在地 医療機関名 担当医氏名
--	---

<u>検査部位</u> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 <input type="checkbox"/> その他 ()	<u>MRI 特殊指示</u> (<input type="checkbox"/> 肩(造影は夜間のみ) <input type="checkbox"/> MRCP)
---	--

<u>検査区分</u> <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<u>造影</u> <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<u>予約日及び時間</u> * 患者様ご自身が予約される場合は、紹介元の先生の記入は不要 平成 年 月 日 時 分
---	---	---

<u>疾患名</u>

<u>経過・病歴</u>

* MRI (問診票)

・心臓ペースメーカー	検査不可
・妊娠の可能性	無・有
・人工骨頭など体内金属	無・有
・磁気入れ歯	無・有
・薬物アレルギー	無・有
・喘息の既往	無・有

* CT (問診票)

・妊娠している方	検査不可
・ヨードアレルギー	無・有
・薬物アレルギー	無・有
・喘息の既往	無・有
・腎機能障害	無・有

ご予約・お問い合わせ先 大久保病院診療放射線科
直通電話番号 03(5273)7767

検査のご案内【患者様用】

※ 患者様ご予約をお取りになることも可能です。予約日時以外の記入欄は紹介元医療機関で必ずご記入ください。

<u>患者様氏名</u> 明・大・昭・平 年 月 日生 男・女	<u>貴医療機関名・御担当医氏名</u> 所在地 医療機関名 担当医氏名
--	---

<u>検査部位</u> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 <input type="checkbox"/> その他 ()	<u>MRI 特殊指示</u> (<input type="checkbox"/> 肩(造影は夜間のみ) <input type="checkbox"/> MRCP)
---	--

<u>検査区分</u> <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<u>造影</u> <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<u>予約日及び時間</u> * 患者様ご自身が予約される場合は、紹介元の先生の記入は不要 平成 年 月 日 時 分
---	---	---

<h3>MRI 検査を受けられる方へ</h3> <p>①MRI 検査は約 30 分以内で終了します。</p> <p>②腹部 MRI は検査の前は禁食です。 イ 午前の検査の方は朝食をとらないでください □ 午後の検査の方は昼食をとらないでください</p> <p>③心臓ペースメーカーを使用している方は検査できません</p> <p>④下記の方は検査ができないことがあります。 イ 体内に金属が埋め込まれている方 □ 狭いところが苦手な方 ハ 現在妊娠している方 ニ 30 分制止されることが困難な方</p> <p>⑤下記のものはずして検査室にお入りください。 イ 装身具(ヘアピン・イヤリング等)、眼鏡 入れ歯、使い捨てカイロ、エレキバン、時計等 □ 磁気カード(キャッシュカード、クレジットカード等) は、使用不能になります。持ち込まないでください。</p>	<h3>CT 検査を受けられる方へ</h3> <p>①CT 検査は約 20 分以内で終了します。</p> <p>②CT 検査の前は禁食です。 イ 午前の検査の方は朝食をとらないでください □ 午後の検査の方は昼食をとらないでください</p> <p>③現在妊娠している方は検査できません。</p> <p>④CT 検査はヨード等造影剤による造影をすることがあります。 なお、ヨードアレルギー及びその他薬剤アレルギーのある方、又は腎機能が悪く水分制限をされている方は、当日、検査時に担当医師にお申し出ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>検査結果()フィルムと報告書)は、当院からご紹介医療機関に郵送いたします。届くのに 3 日程度かかりますので、検査の結果が届いたことを確認してから、紹介元医療機関に受診されることをお勧めいたします。</p></div>
---	--

＊ ＊ 受診される際にお持ちいただくもの ＊ ＊

①診療情報提供書(依頼票) ②保険証、医療件等 ③大久保病院診察券(当院にかかったことのある方)

ご予約・お問い合わせ先 大久保病院診療放射線科 直通電話番号 03(5273)7767 予約日に検査が受けられなくなったときは、お早めにご連絡ください。
--